Deutscher Bundestag **Drucksache 14/6432**

14. Wahlperiode 26. 06. 2001

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

A. Problem und Ziel

Der Risikostrukturausgleich ist ein zentrales Element der Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung, durch den eine solidarische Verteilung der Risikobelastung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung herbeigeführt und die Erlangung von Wettbewerbsvorteilen durch die Selektion günstiger Risiken ausgeschlossen werden soll. Die Erfahrungen seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs haben gezeigt, dass dieser seine Aufgabe grundsätzlich erfüllt hat. Gleichwohl bestehen für die Krankenkassen weiterhin Anreize, Risikoselektion zu betreiben. Dies hat seine Ursache insbesondere darin, dass die Morbiditätsunterschiede der Versicherten nur indirekt berücksichtigt werden. Dabei werden durch den Risikostrukturausgleich in seiner jetzigen Ausgestaltung auch keine Anreize für die Krankenkassen gesetzt, sich um eine Verbesserung der Versorgung kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter zu bemühen. Damit einhergehend ist eine zunehmende Risikoentmischung zwischen den Krankenkassen zu verzeichnen, die zu Wettbewerbsverwerfungen und einer erneuten Auseinanderentwicklung der Beitragssätze geführt hat. Der Risikostrukturausgleich bedarf daher einer grundsätzlichen Weiterentwicklung mit dem Ziel, die noch vorhandenen Anreize zur Risikoselektion weiter einzuengen und mittelfristig zu beseitigen sowie die Versorgungsqualität insbesondere bei chronisch Kranken zu verbessern.

B. Lösung

Mittelfristig sollen die Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich auf der Grundlage einer direkten Erfassung der unterschiedlichen Morbidität der Versicherten gebildet werden. Hierdurch wird ausgeschlossen, dass eine Selektion günstiger Risiken zu Vorteilen im Wettbewerb führt. Durch kurzfristig wirksame Maßnahmen sollen der Belastungsausgleich zwischen den Krankenkassen verbessert und zugleich die Anreize zur Verbesserung der Versorgung insbesondere von chronisch Kranken geschaffen werden. Zu diesem Zweck wird die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen finanziell gefördert, indem die Ausgaben für solche chronisch kranken Versicherten, die sich in zugelassene, qualitätsgesicherte Disease-Management-Programme eingeschrieben haben, im Risikostrukturausgleich besonders berücksichtigt werden. Schließlich wird vom 1. Januar 2003 an ein Risikopool zur solidarischen Lastenverteilung weit überdurchschnittlich hoher Leistungsausgaben eingeführt.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Für den Bund ergeben sich durch dieses Gesetz Mehraufwendungen für die Bereitstellung zusätzlicher Personal- und Sachmittel aus erweiterten Aufgaben des Bundesversicherungsamts. Der damit verbundene zusätzliche Mittelbedarf wird – soweit er weder durch eine Umlage noch durch Gebühren von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren ist – aus dem Bundeshaushalt gedeckt. Im Übrigen entstehen für Bund, Länder und Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

E. Sonstige Kosten (z. B. Kosten für die Wirtschaft, Kosten für soziale Sicherungssysteme)

Für die Wirtschaft und die mittelständischen Unternehmen ergeben sich insgesamt keine Mehrbelastungen. Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind durch dieses Gesetz nicht zu erwarten.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (860-5)

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch …, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 137e werden folgende §§ 137f und 137g eingefügt:

„§ 137f
Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

(1) Der Koordinierungsausschuss in der Besetzung nach § 137e Abs. 2 Satz 2 empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 erstmals bis zum 30. April 2002 nach Maßgabe von Satz 2 bis zu sieben geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Bei der Auswahl der zu empfehlenden chronischen Krankheiten sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

(2) Die beteiligten Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. Juni 2002 auf Grund der Empfehlung nach Absatz 1 für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 einvernehmlich Anforderungen an die Ausgestaltung von Programmen nach Absatz 1. Zu benennen sind insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137g.

Die Anforderungen sind unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) festzulegen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit ihre Belange berührt sind; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen.

(3) Für die Versicherten ist die Teilnahme an Programmen nach Absatz 1 freiwillig. Voraussetzung für die Einschreibung ist die nach umfassender Information durch die Krankenkasse erteilte schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm sowie zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegten Daten durch die Krankenkasse. Die Einwilligung kann widerrufen werden.

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine externe Evaluation der Programme nach Absatz 1 auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen, die zu veröffentlichen ist.

(5) Die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen ihre Mitglieder bei dem Aufbau und der Durchführung von Programmen nach Absatz 1.

§ 137g
Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

(1) Das Bundesversicherungsamt hat auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen die Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 zu erteilen, wenn die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen erfüllt sind. Dabei kann es wissenschaftliche Sachverständige hinzuziehen. Die Zulassung ist zu befristen. Für die Zulassung sind kostendeckende Gebühren zu erheben. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Das Nähere über die Berechnung der Kosten regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.

(2) Die Verlängerung der Zulassung eines Programms nach § 137f Abs. 1 erfolgt auf der Grundlage der Evalu-

ation nach § 137f Abs. 4. Im Übrigen gilt Absatz 1 für die Verlängerung der Zulassung entsprechend.

(3) Das Bundesversicherungsamt berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2004 über die Auswirkungen der Regelungen in § 267 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 3 Satz 3 in Verbindung mit §§ 137f und 137g auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen sowie die Durchführung des Verfahrens zum Risikostrukturausgleich (§ 266). Das Bundesministerium für Gesundheit prüft auf der Grundlage des Berichts nach Satz 1, ob Änderungen der betroffenen gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind.“

2. § 266 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

      bb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 angefügt:

         „3. Aufwendungen, die im Risikopool (§ 269) ausgeglichen werden.“

   b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 3 werden nach der Angabe „ von § 267 Abs. 2“ ein Semikolon und die Wörter „hierzu gehört auch die Festlegung der Krankheiten nach § 137f Abs. 1, die Gegenstand von Programmen nach § 137g sein können, der Anforderungen an die Zulassung dieser Programme sowie der für die Durchführung dieser Programme für die jeweiligen Krankheiten erforderlichen personenbezogenen Daten“ eingefügt.

      bb) Nach Nummer 9 werden folgende Nummern 10 und 11 angefügt:

         „10. die Verringerung der standardisierten Leistungsausgaben um die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben sowie die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der Ausgleichsbeträge im Risikopool,

         11. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten.“

3. § 267 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

      „Die Zahl der Versicherten, die in zugelassenen Programmen nach § 137g eingeschrieben sind, wird in der Erhebung nach Satz 1 je Krankheit in weiteren gemeinsamen Versichertengruppen getrennt erhoben.“

   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

         „Die Leistungsausgaben für die Gruppen der Versicherten nach Absatz 2 Satz 4 sind bei der Erhebung nach Satz 1 nach Versichertengruppen getrennt zu erheben.“

      bb) In Satz 4 wird die Angabe „und 2“ durch die Angabe „bis 3“ ersetzt.

   c) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „und 2“ durch die Angabe „bis 3“ ersetzt.

4. Nach § 267 werden folgende §§ 268 und 269 eingefügt:

„§ 268
Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Die Beitragsbedarfe der Krankenkassen im Risikostrukturausgleich (§ 266) werden spätestens vom 1. Januar 2007 an auf der Grundlage direkter Morbiditätsmerkmale der Versicherten bestimmt. Die Bildung der Versichertengruppen auf Grund direkter Morbiditätsmerkmale soll Anreize zu Risikoselektionen verringern, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern, praktikabel und kontrollierbar sein.

(2) Für die Auswahl geeigneter Verfahren der Gruppenbildung nach Absatz 1 gibt das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag. Es hat sicherzustellen, dass die Untersuchung bis zum 31. März 2003, bei einer Entscheidung nach Absatz 3 Satz 11 bis zum 30. Juni 2003 abgeschlossen ist. In der wissenschaftlichen Untersuchung sollen internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung berücksichtigt werden.

(3) Für die Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 erheben die Krankenkassen für die Jahre 2000 und 2001 als Stichprobe entsprechend § 267 Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum 30. Juni 2002, bei einer Entscheidung nach Satz 11 bis zum 30. September 2002, getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 die Zahl der Versicherten und für jeden Versicherten die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen

1. Krankenhaus einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, 7 und 9 sowie die Angabe des Tages der Aufnahme und der Aufnahmediagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution und die Uhrzeit der Entlassung,

2. stationäre Anschlussrehabilitation einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 und 7, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,

3. Arzneimittel einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1,

4. Krankengeld nach § 44 einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,

5. vertragsärztliche Versorgung einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie der abgerechneten Punktzahlen und Kosten und der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 4, jedoch ohne den Tag der Behandlung,

6. der Leistungserbringer nach § 302 einschließlich der Diagnose, des Befunds und des Tags der Leistungserbringung, jedoch ohne die Leistungen nach Art, Menge und Preis sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes,

7. die nach den Nummern 1 bis 6 nicht erfassten Leistungsausgaben ohne die Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 4 Satz 1.

Die für die Stichprobe erforderlichen versichertenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nur für den Zweck nach Satz 7 zugänglich gemacht werden. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu Satz 1 Nr. 5. Die Daten sind vor der Übermittlung mit einem Pseudonym je Versicherten zu versehen, das den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hierfür von den Krankenkassen übermittelt wird. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über ihren Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der nach Satz 6 übermittelten Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist eine Niederschrift anzufertigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen bis zum 31. März 2002 im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 sowie in Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der übrigen Leistungserbringer gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über das Verfahren der Datenübermittlung. § 267 Abs. 9 und 10 gilt. Kommen die Vereinbarungen nach Satz 9 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2002 in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über das Verfahren.

(4) Das Nähere zur Umsetzung der in Absatz 1 genannten Ziele und Vorgaben wird im Jahre 2003 in einem besonderen Gesetz geregelt. Das Gesetz soll außerdem Regelungen über das Verfahren der spätestens vom 1. Januar 2005 an von den Krankenkassen zu erhebenden und von den Leistungserbringern zu übermittelnden Daten und des spätestens vom 1. Januar 2007 an nach Absatz 1 durchzuführenden monatlichen Ausgleichs enthalten.

§ 269
Solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle (Risikopool)

(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich (§ 266) werden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle vom 1. Januar 2003 an zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Übersteigt die Summe der Leistungsausgaben einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, Kranken- und Sterbegeld für einen Versicherten (ausgleichsfähige Leistungsausgaben) im Geschäftsjahr abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben die Ausgabengrenze (Schwellenwert) nach Satz 3, werden 60 vom Hundert des übersteigenden Betrags aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen finanziert. Der Schwellenwert beträgt im Jahr 2003 20 450 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Der Risikopool wird aus der hierfür zu ermittelnden Finanzkraft aller Krankenkassen finanziert; dazu wird ein gesonderter Ausgleichsbedarfssatz ermittelt. § 266 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Für die getrennt vom Risikostrukturausgleich zu ermittelnden Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen jeder Krankenkasse, die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben, die Durchführung des Risikopools, das monatliche Abschlagsverfahren und die Säumniszuschläge gilt § 266 Abs. 2 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2, Satz 2, Abs. 5 Satz 1, Satz 2 Nr. 3, Satz 3, Abs. 6, 8 und 9 entsprechend.

(3) Für die Ermittlung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen aus dem Risikopool erheben die Krankenkassen jährlich die Summe der Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 2 je Versicherten. Die auf den einzelnen Versicherten bezogene Zusammenführung der Daten nach Satz 1 durch die Krankenkasse ist nur für die Berechnung der Schwellenwertüberschreitung zulässig; der zusammengeführte versichertenbezogene Datensatz ist nach Abschluss dieser Berechnung unverzüglich zu löschen. Überschreitet die Summe der Leistungsausgaben für einen Versicherten den Schwellenwert nach Absatz 1 Satz 3, melden die Krankenkassen diese Leistungsausgaben unter Angabe eines Pseudonyms über ihre Spitzenverbände dem Bundesversicherungsamt. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Prüfung der nach Satz 3 gemeldeten Leistungsausgaben oder die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben erforderlich ist. Für die Erhebung und Meldung der Leistungsausgaben, der beitragspflichtigen Einnahmen, der Zahl der Versicherten und die Abgrenzung der Versichertengruppen gilt im Übrigen § 267 Abs. 1 bis 4 und 10 entsprechend. § 267 Abs. 9 gilt.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über

1. die Abgrenzung der für den Risikopool erforderlichen Daten, der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die Ermittlung der Schwellenwerte nach Absatz 1,

2. die Berechnungsverfahren, die Fälligkeit der Beträge, die Erhebung von Säumniszuschlägen, das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,

3. die von den Krankenkassen und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,

4. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopools erforderlichen Rechenwerte,

5. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten.

(5) Das Nähere zur Erhebung und Abgrenzung der Daten und Datenträger und zur einheitlichen Gestaltung

des Pseudonyms nach Absatz 3 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2. Kommt die Vereinbarung nach Satz 1 bis zum 30. April 2002 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.

(6) Mit dem Tage des Inkrafttretens der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 wird der Risikopool durch eine solidarische Finanzierung für besonders aufwändige Leistungsfälle (Hochrisikopool) ersetzt.“

5. § 284 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 10 wird nach dem Wort „Leistungsträgern“ ein Komma angefügt.

   b) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 11 angefügt:

   „11. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3), der Programme nach § 137g, soweit die Daten in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegt sind, und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3)“

6. In § 291 Abs. 2 werden in Nummer 6 nach dem Komma die Wörter „für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in einer verschlüsselten Form“ eingefügt.

7. Dem § 295 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

   „Für nichtärztliche Dialyseleistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 4, § 267 Abs. 1 bis 6) und des Risikopools (§ 269 Abs. 3) erforderlichen Angaben versichertenbezogen erstmals für das erste Quartal 2002 bis zum 1. Oktober 2002 zu übermitteln sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Durchführung der Programme nach § 137g die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegten Angaben versichertenbezogen an die Krankenkassen.“

Artikel 2
Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (860-5-12)

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

   b) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

   „6. Leistungsausgaben, die im Risikopool (§ 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ausgeglichen werden.“

2. In § 7 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

   „Die Auswirkungen der Einführung des Risikopools nach § 28a Abs. 5 und 6 sind zu berücksichtigen.“

3. In § 14 Abs. 1 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 19“ die Wörter „sowie der Risikopool nach § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

4. Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

„§ 28a
Solidarische Finanzierung für aufwändige Leistungsfälle (Risikopool)

(1) Bei der Ermittlung der im Risikopool (§ 269 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ausgleichsfähigen Leistungsausgaben sind Aufwendungen zu berücksichtigen für

1. Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Krankenhausbehandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach §§ 24a und 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, stationäre Entbindung nach § 197 der Reichsversicherungsordnung, stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen bis zur Höhe des Mindestzuschusses nach § 39a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie stationäre Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. Arznei- und Verbandmittel nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der in Härtefällen nach den §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,

3. nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nach § 85 Abs. 3a Satz 4 und § 126 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

4. Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge,

5. Sterbegeld nach den §§ 58 und 59 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 4 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Das Bundesversicherungsamt legt jährlich bis zum 15. Dezember des Ausgleichsjahres den Schwellenwert nach § 269 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest.

(3) Die Krankenkassen ermitteln jährlich je Versicherten die Summe der in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben. Die Krankenkassen übermitteln die Summen der Leistungsausgaben nach Absatz 1 der Versicherten, für die der Schwellenwert nach Absatz 2 überschritten wird, bis zum 31. August des Folgejahres auf maschinell verwertbaren Datenträgern über ihre Spitzenverbände an das Bundesversicherungsamt. Die Spitzenverbände prüfen die Ergebnisse nach Satz 2 vor Übermittlung an das Bundesversicherungsamt auf Plausibilität und teilen dem Bundesversicherungsamt das Ergebnis dieser Prüfung schriftlich mit. Das Bundesversicherungsamt kann das Nähere über die technische Aufbereitung der Daten im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestimmen.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Daten nach Absatz 3 Satz 2 für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr folgende Werte:

1. Für jede Krankenkasse wird die Summe der im Risikopool berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten berechnet. Hiervon werden 60 vom Hundert des Betrags, der den Schwellenwert übersteigt, aus dem Risikopool finanziert.
2. Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen, des Ausgleichsbedarfssatzes und der Finanzkraft im Risikopool gelten die §§ 8, 9, 11 und 12 entsprechend.
3. Für die Berechnung der Höhe der Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen gilt § 16 entsprechend.

(5) Jede Krankenkasse berechnet monatlich die Höhe ihres vorläufigen Ausgleichsanspruchs oder ihrer vorläufigen Ausgleichsverpflichtung. Hierfür sind für das Ausgleichsjahr 2005 ausgleichsfähige Leistungsausgaben in Höhe von 95 vom Hundert der im vorvergangenen Jahr durchschnittlich auf einen Kalendermonat entfallenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen für die Ausgleichsjahre von 2006 an einen von Satz 2 abweichenden Prozentsatz bestimmen. Für die Schätzung des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes, die Ermittlung der vorläufigen Finanzkraft und die Ermittlung der Ansprüche und Verpflichtungen nach Satz 1 gelten § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 2 und § 17 entsprechend.

(6) Abweichend von Absatz 5 Satz 1 berechnet das Bundesversicherungsamt für die vorläufigen Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen jeder Krankenkasse für die Jahre 2003 und 2004 die Höhe der vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Absatz 5 Satz 2. Grundlage sind die von den Krankenkassen bis 30. April 2003 über ihre Spitzenverbände zu übermittelnden Leistungsausgaben nach Absatz 1 des Jahres 2002, soweit diese den vom Bundesversicherungsamt bis zum 15. Dezember 2002 festgelegten Schwellenwert überschreiten. Soweit erforderlich, werden die Leistungsausgaben nach Absatz 1 Nr. 3 vom Bundesversicherungsamt hochgerechnet. Das monatliche Verfahren wird erstmals ab August 2003 durchgeführt; die vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die vorläufige Finanzkraft des Jahres 2003 werden auf die verbleibenden Monate des Ausgleichsjahres verteilt.

(7) Für die Durchführung des Jahresausgleichs gelten die §§ 18 und 19 entsprechend.

Artikel 3

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel 2 beruhenden Teile der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung können auf Grund der einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 4

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Berlin, den 26. Juni 2001

Dr. Peter Struck und Fraktion
Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf und Zielsetzung

1. Neuordnung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheitsstrukturgesetz

   Durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ist die Steuerungsfunktion des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich intensiviert worden. Hierzu sind insbesondere folgende Maßnahmen getroffen worden:

   – Gewährung des Rechts auf freie Wahl der Krankenkasse für den weit überwiegenden Teil der Versicherten,

   – Annäherung der organisationsrechtlichen Rahmenbedingungen der Krankenkassen und

   – Ablösung des KVdR-Finanzausgleichs durch den Risikostrukturausgleich, durch den die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in Bezug auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten, die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen und die Zahl der Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden sollten.

   Ziel dieser „solidarischen Wettbewerbsordnung“ ist eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und des Verwaltungshandelns, der Qualität der Versorgung sowie der Versichertenorientierung der Krankenkassen. Dem Risikostrukturausgleich kommt dabei die zentrale Aufgabe einer solidarischen Verteilung der Risikobelastung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Die Erlangung von Beitragssatz- und Wettbewerbsvorteilen durch die Selektion günstiger Versichertenrisiken soll damit ausgeschlossen werden. Zugleich soll sichergestellt werden, dass der Beitragssatz Ausdruck der jeweiligen Wirtschaftlichkeit einer Kasse und nicht Ergebnis einer mehr oder weniger erfolgreichen Auswahl risikogünstiger Versichertengruppen ist.

   Die Erfahrungen seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs haben gezeigt, dass dieser seine Aufgabe grundsätzlich erfüllt hat. So ist die Beitragssatzspanne in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Einführung des Risikostrukturausgleichs in den Folgejahren zunächst deutlich zurückgegangen. Außerdem hat der Risikostrukturausgleich den Anreiz der Krankenkassen, sich um junge, gut verdienende Versicherte zu bemühen, verringert, da der Faktor Alter bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs der Krankenkassen berücksichtigt wird und die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder durch den Finanzkraftausgleich zu ca. 92 % ausgeglichen wird. Die Mitgliederentwicklung der letzten Jahre hat aber deutlich werden lassen, dass insbesondere Mitglieder mit einer tendenziell unterdurchschnittlichen Leistungsinanspruchnahme von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben. Dies hat eine zunehmende Entmischung der Risikostrukturen der Krankenkassen zur Folge mit dem Ergebnis, dass die Beitragssatzspannen sich wieder auseinander entwickeln. Damit stellt sich auch die Frage, ob der Risikostrukturausgleich in seiner bisherigen Form der von den Krankenkassen zu tragenden Risikobelastung noch hinreichend entspricht. Diese Frage war Gegenstand einer von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung.

2. Wissenschaftliche Untersuchungen zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs

   Im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Deutsche Bundestag die Bundesregierung in einer Entschließung vom 16. Dezember 1999 aufgefordert, eine Untersuchung über die Wirkung des Risikostrukturausgleichs in Auftrag zu geben, ihm bis zum 31. März 2001 über das Ergebnis zu berichten und gegebenenfalls Änderungsvorschläge der den Risikostrukturausgleich betreffenden Vorschriften zu unterbreiten.

   Das Bundesministerium für Gesundheit hat eine Forschergruppe, bestehend aus dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin sowie den Professoren Cassel (Universität Duisburg) und Wasem (Universität Greifswald) mit der Durchführung der Untersuchung beauftragt. Die Gutachter haben am 15. Februar 2001 den Endbericht ihrer Untersuchung vorgelegt, über den die Bundesregierung den Deutschen Bundestag und den Bundesrat am 28. März 2001 (Drucksache 14/5681) unterrichtet hat. Etwa zeitgleich wurde auch der Endbericht eines vom Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiterersatzkassenverband, dem AOK- und dem IKK-Bundesverband gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens der Professoren Lauterbach (Universität Köln) und Wille (Universität Mannheim) vorgelegt, die speziell die Auswirkungen des Kassenwechsels untersucht haben.

   Beide Gutachtergruppen sind übereinstimmend zu dem Ergebnis gekommen, dass der Risikostrukturausgleich im Grundsatz seine Funktion erfüllt habe und dass die dauerhafte Durchführung des Risikostrukturausgleichs unverzichtbare Voraussetzung für den Wettbewerb der Krankenkassen in einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung sei. Nach den Erkenntnissen der vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachter hat der Risikostrukturausgleich in erheblichem Umfang dazu beigetragen, die versichertenstrukturbedingten Unterschiede in den Beitragssätzen abzubauen. Der Risikostrukturausgleich leiste daher einen zentralen Beitrag zur Chancengleichheit zwischen den im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen. Er habe dazu beigetragen, dass die Krankenkassen mittlerweile sowohl der Kundenorientierung einen besonderen Stellenwert einräumten als auch umfassende Anstrengungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit bei der Versor-

gung ihrer Versicherten unternähmen (z. B. Ausgabencontrolling, Fall- und Vertragsmanagement). Ohne Risikostrukturausgleich hätten die Krankenkassen stattdessen einen hohen Anreiz, Beitragssatzvorteile vor allem durch Gewinnung von Versicherten mit einer günstigen Risikostruktur zu gewinnen. Eine derartige Selektion günstiger Risiken sei aber weder mit dem sozialpolitischen Auftrag der Krankenkassen noch mit einem an Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Wettbewerb vereinbar.

Gleichwohl sei nicht zu übersehen, dass für die Krankenkassen trotz des Risikostrukturausgleichs weiterhin noch Anreize bestünden, Risikoselektion zu betreiben. Dies habe seine Ursache vor allem darin, dass der Risikostrukturausgleich Morbiditätsunterschiede nur indirekt berücksichtige, nämlich durch die Differenzierung der Versichertengruppen nach Alter, Geschlecht und Invalidität. Die innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen bestehenden Morbiditätsunterschiede würden demgegenüber nicht erfasst. Dies habe zur Folge, dass eine Krankenkasse Beitragssatzvorteile erzielen könne, wenn sie innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen viele gesunde und wenige kranke, insbesondere wenig schwer und chronisch kranke Versicherte aufweise. Von der Beitragssatzwirkung her lohne sich eine hierauf gerichtete Selektion mehr als das in der Regel mühsame Geschäft der Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch aktives Fall- und Vertragsmanagement. Umgekehrt finde ein gezieltes Versorgungsmanagement für bestimmte Krankheitsgruppen nicht in dem möglichen und wünschbaren Ausmaß statt, weil die Krankenkassen befürchteten, damit insbesondere für solche Versicherte attraktiv zu erscheinen, die unter den Bedingungen des geltenden Risikostrukturausgleichs als ungünstige Versicherungsrisiken mit negativen Beitragssatzwirkungen anzusehen seien.

In Bezug auf die Wanderungsbewegungen der Versicherten könne festgestellt werden, dass sich die Versichertenstrukturen der Krankenkassen, anders als bei der Einführung des Risikostrukturausgleichs erwartet, nicht gleichförmig, sondern sehr differenziert entwickelt hätten. So sei z. B. feststellbar, dass insbesondere jüngere Versicherte im Alter zwischen 20 und 40 von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht hätten. Entsprechend sei der Anteil Versicherter in diesem Alter bei den Krankenkassen mit erheblichen Mitgliederzuwächsen von 31 % im Jahre 1995 auf 52 % im Jahre 1999 gestiegen, während der Anteil älterer Versicherter bei den Krankenkassen, die Mitglieder verloren hätten, im gleichen Zeitraum von 25 % auf 28 % gestiegen sei.

3. Beitragssatzentwicklung

Seit der schrittweisen Einführung des Risikostrukturausgleichs ab 1994 ist die Streubreite der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zunächst deutlich zurückgegangen. Während Anfang 1994 noch ca. 27 % der GKV-Mitglieder einen Beitragssatz entrichten mussten, der um mehr als einen Prozentpunkt oberhalb oder unterhalb des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes lag, ist dieser Anteil bis Anfang 1999 auf rund 6,5 % zurückgegangen. In den Folgejahren hat sich die Beitragssatzspanne, bedingt durch einen verstärkten Mitgliederwechsel zu den Betriebskrankenkassen mit niedrigen Beitragssätzen, jedoch wieder stärker auseinander entwickelt. Anfang 2001 galt bereits wieder für mehr als 12 % der Versicherten ein Beitragssatzniveau, das um mehr als einen Prozentpunkt oberhalb oder unterhalb vom durchschnittlichen Beitragssatzniveau lag, mit deutlich zunehmender Tendenz.

Eine ähnliche Entwicklung spiegelt sich in der kassenartenspezifischen Betrachtung wider. Anfang 1994 lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz im Bereich der Betriebskrankenkassen um rund 1,8 Beitragssatzpunkte unterhalb des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Allgemeinen Ortskrankenkassen und um rund 1,3 Beitragssatzpunkte unterhalb des Niveaus der Angestellten-Ersatzkassen. Bis zum 1. Januar 1998 konnte der Beitragssatzabstand deutlich verringert werden: Zu diesem Zeitpunkt hatten die Betriebskrankenkassen ein Beitragssatzniveau, das um ca. 1 Beitragssatzpunkt unterhalb des Niveaus der Allgemeinen Ortskrankenkassen und um rund 1,1 Prozentpunkte unterhalb des Niveaus der Angestellten-Ersatzkassen lag. Zum 1. Januar 2001 hatte sich dieser Abstand wieder deutlich vergrößert: Das Beitragssatzniveau der Allgemeinen Ortskrankenkassen lag um 1,4 Beitragssatzpunkte und das der Angestellten-Ersatzkassen um rund 1,2 Beitragssatzpunkte oberhalb des Niveaus der Betriebskrankenkassen.

Diese Entwicklung ist entscheidend durch die verstärkte Wanderung insbesondere von jüngeren und Mitgliedern mit einer tendenziell unterdurchschnittlichen Leistungsinanspruchnahme zu den Betriebskrankenkassen mit günstigen Beitragssätzen geprägt. Bei Fortsetzung dieses Trends ist zu befürchten, dass die Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs, Beitragssatzdifferenzen zwischen den Krankenkassen abzubauen, die nicht aus Wirtschaftlichkeitsunterschieden resultieren, in immer geringerem Umfang realisiert werden kann.

4. Zielsetzung des Gesetzentwurfs

Die Analyse der Gutachter hat deutlich gemacht, dass der Risikostrukturausgleich einer grundlegenden Weiterentwicklung bedarf, um seine Aufgaben auch in Zukunft erfüllen zu können. Ziel dieser Weiterentwicklung muss es sein, die mit dem Risikostrukturausgleich in seiner bisherigen Ausgestaltung noch verbundenen Anreize zur Risikoselektion weiter einzuengen und langfristig zu beseitigen. Dies gilt insbesondere für die bisher nur unzureichende Erfassung der morbiditätsbedingten Risikobelastung der Krankenkassen. Mittelfristig sollen daher die Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich auf der Grundlage einer direkten Erfassung der unterschiedlichen Morbidität der Versicherten gebildet werden. Die Zeit bis zur Einführung dieses neu orientierten Risikostrukturausgleichs wird durch kurzfristig wirksame Maßnahmen überbrückt, die einen stärkeren Belastungsausgleich zwischen den Krankenkassen herbeiführen und zugleich die Anreize zur Verbesserung der Versorgung insbesondere von chronisch Kranken steigert. Dies geschieht zum einen durch die besondere Berücksichtigung der Ausgaben für solche chronisch kranken Versicherten im Risikostrukturausgleich, die sich in zuge-

lassene, qualitätsgesicherte Disease-Management-Programme eingeschrieben haben. Zum anderen wird die Ausgabenbelastung von Krankenkassen, die durch Versicherte mit weit überdurchschnittlichen Kosten verursacht wird, über die Einführung eines Risikopools teilweise ausgeglichen. Insgesamt werden diese Maßnahmen die aktuellen Wettbewerbsverwerfungen zwischen den Krankenkassen gezielt eingrenzen und damit den notwendigen Spielraum schaffen, der für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich erforderlich ist.

II. Inhalt und Maßnahmen des Entwurfs

1. Kurzfristige Maßnahmen

   Mit der gezielten Förderung von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme) für bestimmte chronische Erkrankungen ab dem Jahr 2002 wird der Orientierung des Wettbewerbs auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität ein entscheidender Anschub gegeben. Den Krankenkassen werden für diejenigen chronisch kranken Versicherten, die in qualitätsgesicherten Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, im Risikostrukturausgleich erhöhte standardisierte Ausgaben zugeschrieben. Damit wird erstmals dafür Sorge getragen, dass den Krankenkassen, die sich um eine gezielte Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch Kranken bemühen, kein finanzieller Nachteil entsteht, sondern sie im Vergleich zum Status quo deutlich besser gestellt werden. Die solidarische Finanzierung über den Risikostrukturausgleich setzt dabei voraus, dass die geförderten Programme harten Qualitätsanforderungen genügen, sie evaluiert und bundesweit einheitlich durch eine neutrale Stelle zugelassen werden. Ebenso ist durch das Verfahren sicherzustellen, dass nur diejenigen Kranken, auf die das jeweilige Programm zielt, Zugang hierzu erhalten.

   Die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten wird zwischen den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden und den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern auf der Grundlage einer vom Bundesversicherungsamt für Disease-Management-Programme erteilten bzw. verlängerten Zulassung nach § 137g SGB V vereinbart. Die Vereinbarung bezieht sich auf die nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag zu erbringenden Leistungen sowie darauf, die sektorenübergreifende Koordinierung von verschiedenen Leistungserbringern sicherzustellen. Für die vertraglichen Vereinbarungen stehen sämtliche im Vierten Kapitel geregelten Vertragstypen zur Verfügung, einschließlich der Vorschriften über die integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V).

   Vom 1. Januar 2003 an wird außerdem ein Risikopool eingeführt zur solidarischen Lastenverteilung solcher Aufwendungen für Versicherte, die weit über dem Durchschnitt der Standardausgaben im Risikostrukturausgleich liegen. Berücksichtigungsfähig sind hier die Ausgaben für die stationäre Versorgung, die Arzneimittelversorgung, die ambulanten Dialysesachkosten und das Kranken- und Sterbegeld. Ausgeglichen wird der Teil der Ausgaben, der über einem Schwellenwert von 20 450 Euro (rund 40 000 DM) im Jahr liegt, wobei die betreffende Krankenkasse 40 % selbst trägt und die Solidargemeinschaft einen Anteil von 60 % des Betrages ausgleicht, der den Schwellenwert überschreitet. Dies wird insbesondere die Krankenkassen entlasten, die in spürbarem Umfang kostenintensive Versicherte in ihrem Bestand haben.

2. Mittelfristige Einführung eines direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

   Die dauerhafte Sicherung der solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV erfolgt durch die vollständige und definitive Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ab dem 1. Januar 2007. Krankenkassen wird es dann nicht mehr möglich sein, durch die Selektion von gesunden Versicherten Beitrags- und Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Gesunde und kranke Versicherte werden im Risikostrukturausgleich unterschiedlich berücksichtigt werden und nicht mehr nur beschränkt auf die chronisch Kranken in Disease-Management-Programmen. Zugleich wird der Risikopool in einen Hochrisikopool überführt, über den nur noch die Aufwendungen für extrem teure Fälle solidarisch ausgeglichen werden.

   Das mit diesem Entwurf vorgelegte Programm gibt den Krankenkassen mit seinen kurz- und mittelfristigen Komponenten die notwendige zuverlässige Perspektive für die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung im Bereich des Risikostrukturausgleichs.

III. Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Für die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen hat der Bund das Gesetzgebungsrecht. Einschlägiger Tatbestand der konkurrierenden Gesetzgebung ist Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (Sozialversicherung). Ziel des Gesetzentwurfs ist es, die Voraussetzungen für den solidarischen Wettbewerb der Krankenkassen weiter zu verbessern und die noch bestehenden Spielräume zur Risikoselektion mittelfristig zu beseitigen sowie die Qualität der Versorgung der Versicherten, insbesondere der chronisch kranken Versicherten, zu verbessern. Zu diesem Zweck werden Disease-Management-Programme für chronisch kranke Versicherte über den Risikostrukturausgleich gezielt gefördert. Außerdem wird ein Risikopool eingeführt, um die finanzielle Belastung der Krankenkassen durch Versicherte, für die Aufwendungen erheblich über dem Durchschnitt der Standardausgaben im Risikostrukturausgleich entstehen, teilweise solidarisch zu finanzieren. Durch diese Regelungen werden bestehende Wettbewerbsnachteile von Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch Kranker oder aus anderen Gründen kostenintensiver Versicherter abgebaut. Schließlich sollen die Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich mittelfristig auf der Grundlage einer direkten Erfassung der Morbidität der Versicherten gebildet werden.

Bundesgesetzliche Regelungen sind für die Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich. Die beschriebenen Regelungen haben das Ziel, den bisherigen bundeseinheitlichen Rahmen für den Wettbewerb der Krankenkassen zu verbessern und die finanziellen Ausgleiche zwischen den Krankenkassen zielgerichteter den Krankenkassen zukommen zu lassen, die mit überdurchschnitt-

lich hohen Leistungsausgaben belastet sind. Da der Wettbewerb zwischen bundesweit und regional tätigen Krankenkassen stattfindet, sind Änderungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen nur durch bundesweit einheitliche Regelungen möglich, die gleichermaßen für bundesweit und regional tätige Krankenkassen gelten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§§ 137f und 137g)

Zu § 137f

Zu Absatz 1

Als Disease-Management wird eine medizinische Versorgungsform bezeichnet, mit der u. a. die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessert und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen reduziert werden können. Damit verbindet sich auch das Ziel, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Sinne einer hochwertigen und in angemessenem Kosten-Nutzen-Verhältnis stehenden medizinischen Versorgung möglichst effektiv einzusetzen. Disease-Management erfordert verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg, die auf der Grundlage medizinischer Evidenz festgelegt werden.

Die Vorschrift überträgt dem Koordinierungsausschuss, in dem die Spitzenorganisationen vertreten sind, die den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie den Ausschuss Krankenhaus bilden, die Aufgabe, anhand der in Satz 2 genannten Kriterien zu prüfen, für welche Krankheiten unter Berücksichtigung der jeweiligen Schweregrade Disease-Management-Programme geeignet sind. Bis zum 30. April 2002 sind dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals geeignete Krankheiten für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V vorzuschlagen. Die Abgrenzung dieser Gruppen erfolgt umgehend in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V. Der Verordnungsgeber ist an die Empfehlung des Koordinierungsausschusses nicht gebunden. Eine entsprechende Verordnungsregelung kann auch erlassen werden, wenn keine Empfehlung abgegeben wird.

Die Berücksichtigung der in Disease-Management-Programmen eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten als eigene Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich hat Auswirkungen auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen. Krankenkassen, die diese eingeschriebenen chronisch Kranken versichern, können die höheren standardisierten Leistungsausgaben für diese Versicherten im Risikostrukturausgleich geltend machen. Wegen dieser finanziellen Auswirkungen soll die Abgrenzung dieser Versichertengruppen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durch Empfehlungen des Koordinierungsausschusses vorbereitet werden. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass in die Entscheidung darüber, für welche chronischen Krankheiten besondere Versichertengruppen zu bilden sind, auch der medizinische Sachverstand der Verbände der Leistungserbringer einfließt, die maßgeblich an der Durchführung von Disease-Management-Programmen beteiligt sind. Dies führt auch zu einer größeren Rechtssicherheit der entsprechenden Verordnungsregelungen. Um die finanziellen Auswirkungen der Erweiterung der Versichertengruppen für die Krankenkassen in einem überschaubaren Rahmen zu halten, ist die Zahl der vorzuschlagenden Krankheiten zunächst auf insgesamt sieben begrenzt. In Betracht kommen beispielsweise die in dem Gutachten „Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich“ (S. 154 ff.) von den Professoren Lauterbach und Wille genannten Krankheiten.

Die gesonderte Berücksichtigung der in Disease-Management-Programmen eingeschriebenen chronisch Kranken im Risikostrukturausgleich soll erstmals im Jahre 2003 erfolgen. Um dies zu gewährleisten ist es erforderlich, dass die erstmalige Empfehlung des Koordinierungsausschusses bis zum 30. April 2002 erfolgt. Auf der Grundlage dieser Empfehlung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen sodann Vorschläge für die Ausgestaltung von auf diese Krankheiten bezogenen Disease-Management-Programmen zu erarbeiten (vgl. Absatz 2), die zusammen mit den zu berücksichtigenden Krankheiten in der zweiten Jahreshälfte 2002 in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu regeln sind.

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Disease-Management-Programme ist es notwendig, dass eine ausreichende Anzahl von Versicherten von dieser Krankheit betroffen sind (hohe Prävalenz) (Nr. 1). Disease-Management-Programme können nur dann erfolgreich sein, wenn ein nennenswerter Einfluss auf den Krankheitsverlauf sowie die Mortalität der betroffenen Versicherten und darüber hinaus eine positive Beeinflussung ihres subjektiven Lebensgefühls möglich ist (Nr. 2). Eine gesicherte Beeinflussung des Krankheitsverlaufs setzt die Behandlung auf der Grundlage wissenschaftlich orientierter Leitlinien voraus (Nr. 3). Für die Programme geeignete Krankheiten zeichnen sich ebenfalls dadurch aus, dass überwiegend verschiedene Behandlungsbereiche betroffen sind und die Koordinierung der Behandlung schnittstellenübergreifend erforderlich ist (Nr. 4). Gleichzeitig hängt der Erfolg dieser Bemühungen wesentlich von der Bereitschaft des Patienten ab, den Behandlungsverlauf aktiv mitzugestalten (Compliance) (Nr. 5). Die zu bestimmenden chronischen Krankheiten sollen zudem mit hohen Krankheitskosten verbunden sein, um sicherzustellen, dass der finanzielle Aufwand für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in einem angemessenen Verhältnis zu den Krankheitskosten und der zu erwartenden Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung steht (Nr. 6).

Zu Absatz 2

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. Juni 2002 auf der Grundlage der vom Koordinierungsausschuss nach Absatz 1 empfohlenen Krankheiten Kriterien für die Ausgestaltung von Disease-Management-Programmen zu entwickeln, deren Erfüllung Voraussetzung für eine Berücksichtigung der Programme im Risikostrukturausgleich ist. Dabei sind insbesondere die in Satz 2 genannten Kriterien zu beachten. Die von den Spitzenverbänden

entwickelten Kriterien dienen der Vorbereitung entsprechender Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Der Vorschlag der Spitzenverbände soll ausführen, welche evidenzbasierenden Leitlinien für die Behandlung der Patienten heranzuziehen sind. Dabei sollen diese Leitlinien auch die unterschiedlichen Versorgungsbereiche sowie die Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern beachten (Nr. 1). Um sicherzustellen, dass die Behandlung des Patienten hohe Qualitätsanforderungen erfüllt, müssen die im Rahmen des Disease-Management-Programms durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich Qualitätsprüfungen bestimmt werden. Hierzu gehören beispielsweise neben Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Leistungserbringer auch Maßnahmen zur regelmäßigen Wiedereinbestellung von Patienten (Wiedereinbestellungsroutinen) (Nr. 2). Um die Entscheidung des Patienten zur Aufnahme in ein Disease-Management-Programm überprüfen zu können, ist es erforderlich, die inhaltlichen und formalen Voraussetzungen für die Aufnahme eines Patienten in ein Programm sowie für den Ausschluss aus einem Programm zu konkretisieren. Dabei ist beispielsweise zu entscheiden, ob das Vorliegen der morbiditätsbedingten Voraussetzungen für die Einschreibung grundsätzlich die Einholung einer Zweitmeinung (z. B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen) voraussetzt oder über ein Stichprobenverfahren zu kontrollieren ist. In diesem Zusammenhang ist auch festzulegen, in welcher Art und in welchem Umfang der Patient über das Programm aufgeklärt werden muss und wie seine Einwilligung eingeholt wird (Nr. 3). Der Erfolg eines Disease-Managements erfordert eine enge Einbeziehung des Patienten in die Behandlung. Hierfür sind beispielsweise Patientenleitlinien und gesonderte Schulungsmaßnahmen für Patienten vorzusehen (Nr. 4). Es sind auch Regelungen zu treffen, in welcher Art und Weise die Dokumentation zu führen und vorzuhalten ist (Nr. 5). Um einen kontinuierlichen Prozess der Verbesserung von Disease-Management-Programmen sicherzustellen, sind die Programme einer wiederholten Bewertung ihrer Wirkungen (Evaluation) zu unterziehen und das Ergebnis dieser Bewertungen ist der jeweiligen Entscheidung über die Zulassung eines Programms nach § 137g SGB V zu Grunde zu legen (Nr. 6). Um sicherzustellen, dass bei den Vorschlägen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Ausgestaltung der Disease-Management-Programme die Sachkenntnis der Ärzteschaft sowie der übrigen betroffenen Leistungserbringer berücksichtigt wird, werden die Spitzenverbände der Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, der Selbsthilfe und der sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Erarbeitung der Vorschläge zu beteiligen. Die Spitzenverbände haben sich zwingend mit deren Argumenten auseinander zu setzen. Aus ihrer Entscheidung muss erkennbar sein, dass dies geschehen ist und aus welchem Grund die Spitzenverbände den Einwendungen ggf. nicht gefolgt sind. Die Vorschläge der Spitzenverbände sind für den Verordnungsgeber nicht verbindlich. Das Zustandekommen eines Vorschlags ist nicht Voraussetzung für den Erlass einer entsprechenden Verordnungsregelung.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, dass kein Zwang auf den chronisch kranken Versicherten ausgeübt werden darf, an einem Disease-Management-Programm teilzunehmen. Die für die Durchführung des jeweiligen Programms erforderlichen Daten sollen nur dann von der Krankenkasse erhoben, verarbeitet und genutzt werden können, wenn der Versicherte auf der Grundlage einer umfassenden Information durch die Krankenkasse hierin einwilligt. Art und Umfang der betroffenen Daten werden für die jeweilige Krankheit in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt. Da die Einwilligung vom Versicherten widerrufen werden kann, ist den Belangen des Datenschutzes Rechnung getragen.

Zu Absatz 4

Analog zu den Vorschriften über die Auswertung der Modellvorhaben nach § 65 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, eine tiefgehende wissenschaftliche Bewertung über die Wirkungen (Evaluation) der Disease-Management-Programme auf der Grundlage der Anforderungen nach Absatz 2 zu veranlassen. Die Ergebnisse der Evaluation, die zu veröffentlichen sind, sind Grundlage für die Verlängerung der Zulassung nach § 137g Abs. 2 SGB V.

Zu Absatz 5

Zusätzlich zu der Aufgabe des Koordinierungsausschusses, diejenigen chronischen Krankheiten zu empfehlen, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden können, sowie der Aufgabe der Spitzenverbände, die Anforderungen an die Disease-Management-Programme festzulegen, enthält Absatz 5 eine Aufgabenzuweisung an die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen, ihre Mitglieder bei dem Aufbau und der Durchführung derartiger Disease-Management-Programme zu unterstützen.

Zu § 137g

Zu Absatz 1

Die Ausgaben der Krankenkassen für chronisch Kranke, die in Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, werden in standardisierter Form nur dann im Risikostrukturausgleich gesondert berücksichtigt, wenn die Programme den gesetzlich festgelegten Qualitätsanforderungen genügen und durch das Bundesversicherungsamt zugelassen worden sind. Die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt stellt eine bundesweit einheitliche Verfahrensweise und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sicher. Für die Prüfung, ob die festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt sind, hat das Bundesversicherungsamt entsprechend qualifiziertes Personal bereitzustellen. Die zugelassenen Disease-Management-Programme sind durch Verträge der Krankenkassen bzw. der Verbände der Krankenkassen mit geeigneten Leistungserbringern umzusetzen. Um den hohen Qualitätsanspruch der Programme dauerhaft sicherzustellen, müssen ihre Wirkungen in bestimmten Abständen einer Evaluation unterzogen werden. Zur Evaluation gehört auch die Prüfung, ob die Ziele des Programms in der Umsetzung erreicht worden sind. Aus diesem Grund ist die Zulassung der Programme zu befristen. Da die Zulassung eines Disease-Management-Programms für die Krankenkassen zu finanziellen

Vorteilen im Risikostrukturausgleich führen kann, ist der auf Grund der Zulassung anfallende Personal- und Sachaufwand durch kostendeckende Gebühren der jeweiligen Krankenkasse zu finanzieren.

Zu Absatz 2

Die Wirksamkeit und Kosten eines Disease-Management-Programms sind in bestimmten, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung näher zu regelnden zeitlichen Abständen zu bewerten (vgl. § 266 Abs. 7 Nr. 3 in Verbindung mit § 137f Abs. 2 SGB V). Entsprechend dieser Abstände ist die Zulassung der Disease-Management-Programme zu befristen. Bei der Entscheidung über eine Verlängerung der Zulassung sind insbesondere die Ergebnisse dieser Bewertung zu Grunde zu legen. Für das Verfahren der Verlängerung gelten im Übrigen die gleichen Regelungen wie für die erstmalige Erteilung der Zulassung.

Zu Absatz 3

Durch die Berücksichtigung der in zugelassenen Disease-Management-Programmen eingeschriebenen Versicherten als weitere Versichertengruppe im Risikostrukturausgleich sollen die gesundheitliche Versorgung der betroffenen Versicherten verbessert und Wettbewerbsnachteile der Krankenkassen, die eine hohe Anzahl chronisch Kranker versichern, abgebaut werden. Durch die Regelung soll die Möglichkeit geschaffen werden zu überprüfen, inwieweit diese Ziele im Jahr 2003 erreicht worden sind. Zu diesem Zweck hat das Bundesversicherungsamt einen Bericht zu erstellen, in dem die Auswirkungen der Berücksichtigung dieser neuen Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen sowie auf das Verfahren der Durchführung des Risikostrukturausgleichs untersucht werden. Auf der Grundlage dieses Berichts hat das Bundesministerium für Gesundheit zu prüfen, ob in Bezug auf die Zielerreichung Änderungen der gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind und dem Gesetzgeber entsprechende Vorschläge zu unterbreiten.

Zu Nummer 2 (§ 266)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift stellt sicher, dass Risikobelastungen einer Krankenkasse, die bereits durch den Risikopool ausgeglichen werden, im Risikostrukturausgleich zu einer entsprechenden Verringerung der standardisierten Leistungsausgaben führen. Dies führt zu einer Verringerung der Beitragsbedarfe aller Krankenkassen in den betroffenen Versichertengruppen.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelungen erhält der Verordnungsgeber die Befugnis, die Abgrenzungen und Verfahrensregelungen zu treffen, die für die Durchführung des Solidarausgleichs, des Risikopools und der finanziellen Förderung von Disease-Management-Programmen erforderlich sind. Hierzu gehört insbesondere die Abgrenzung der durch die Änderung in § 267 Abs. 2 SGB V neu eingeführten Gruppen der Versicherten, die in zugelassenen Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten eingeschrieben sind (Doppelbuchstabe aa). Die Abgrenzung dieser Gruppen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung erfolgt durch Benennung der chronischen Krankheiten, die vom Koordinierungsausschuss nach § 137f Abs. 1 SGB V vorgeschlagen worden sind sowie durch die Festlegung der zu erwartenden Größe und Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengruppe. Gleichzeitig erhält der Verordnungsgeber die Befugnis, auf der Grundlage der Vorschläge der Spitzenverbände nach § 137f Abs. 2 SGB V die Anforderungen zu bestimmen, die an die Zulassung dieser Programme nach § 137g SGB V zu stellen sind sowie zur Festlegung der Daten, die für die Durchführung dieser Programme erforderlich sind und in deren Erhebung, Nutzung und Verarbeitung die Versicherten bei der Einschreibung in ein Programm einwilligen.

Weiterhin kann der Verordnungsgeber Einzelheiten zur Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen im Risikopool bei den standardisierten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich regeln (Doppelbuchstabe bb – § 266 Abs. 7 Nr. 10 SGB V).

Schließlich erhält der Verordnungsgeber die Befugnis, Einzelheiten über die Prüfung der von den Krankenkassen zu meldenden Daten zu regeln. Hierdurch soll die Qualität der den Berechnungen im Risikostrukturausgleich zu Grunde gelegten Daten weiter verbessert werden. Diesem Ziel dient auch die Ermächtigung, die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten zu regeln (Doppelbuchstabe bb – § 266 Abs. 7 Nr. 11).

Zu Nummer 3 (§ 267)

Zu Buchstabe a

Die Versicherten, die in zugelassenen Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten nach §§ 137f und 137g SGB V eingeschrieben sind, bilden künftig je Krankheit eine eigenständige Versichertengruppe im Risikostrukturausgleich. Damit werden für diese Gruppen höhere standardisierte Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Dies führt dazu, dass Krankenkassen, die solche Programme durchführen und auf Grund dessen von chronisch Kranken gewählt werden, kein Wettbewerbsnachteil entsteht. Eine Aufteilung der Versichertengruppen nach dem Beginn des Krankengeldanspruchs gemäß §§ 241 bis 243 SGB V findet nicht statt. Hierdurch sollen Zufallsergebnisse vermieden werden, die sich daraus ergeben können, dass einzelne Versichertengruppen eingeschriebener chronisch Kranker nur eine sehr geringe Besetzung aufweisen. Die Überprüfung der von den Krankenkassen geltend gemachten höheren standardisierten Leistungsausgaben für in Disease-Management-Programme eingeschriebene chronisch Kranke erfolgt wie im bisherigen Verfahren nach § 274 SGB V. Der Umfang der von den Prüfdiensten zu überprüfenden Fälle erhöht sich entsprechend, die qualitativen Anforderungen an die Prüfdienste steigen, da die Prüfung der Zugangsberechtigung zu den Programmen auch medizinische Sachverhalte umfasst.

Die Auswirkungen dieser Neuregelung auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen ist derzeit nicht genau zu bestimmen, da entsprechende Erfahrungen mit der Durchführung von Disease-Management-Programmen und insbesondere dem zu erwartenden

Einschreibeverhalten derjenigen Versicherten, die für solche Programme in Frage kommen, derzeit noch nicht vorliegen. In dem Gutachten „Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich“ (S. 106) gehen die Professoren Lauterbach und Wille davon aus, dass sich ca. 2,5 % der gesetzlich Krankenversicherten in Disease-Management-Programme einschreiben werden.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a. Auf Grund der Bildung neuer Versichertengruppen sind auch die Leistungsausgaben für diese Versicherten getrennt zu erfassen.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe a. Aus Gründen des Datenschutzes ist das auf der Krankenversichertenkarte zu verwendende Kennzeichen für die Versichertengruppen der in Disease-Management-Programme eingeschriebenen chronisch Kranken zu verschlüsseln (vgl. Artikel 1 Nr. 6 – § 291 SGB V).

Zu Nummer 4 (§§ 268 und 269)

Zu § 268

Ziel des Risikostrukturausgleichs ist, einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, der zur Verbesserung der Qualität der Versorgung der kranken, schwer- und chronisch kranken Versicherten und der Wirtschaftlichkeit führt. Voraussetzung hierfür ist der Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen den Krankenkassen, die ihre Ursache in den unterschiedlichen Risikostrukturen der Versicherten haben. Ein solcher Ausgleich verhindert Beitragssatzverzerrungen, die auf Grund unterschiedlicher Risikostrukturen zu Stande kommen. Außerdem stellt er sicher, dass sich der Wettbewerb nicht auf den Kassenwechsel risikogünstiger, insbesondere gesunder Versicherter konzentriert.

Nach übereinstimmender Auffassung sowohl der vom Bundesministerium für Gesundheit als auch der von einigen Spitzenverbänden der Krankenkassen beauftragten Gutachter hat der Risikostrukturausgleich dieses Ziel bisher nicht erfüllt. Vielmehr werden erhebliche Verwerfungen und Fehlentwicklungen im Kassenwettbewerb festgestellt, die sich zu Lasten der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der kranken, insbesondere der chronisch kranken Versicherten auswirken. Diesen Fehlentwicklungen konnte der auf mittelbaren Morbiditätsfaktoren – Alter, Geschlecht, Berufs-/Erwerbsunfähigkeit der Versicherten – begrenzte Risikostrukturausgleich nicht hinreichend Rechnung tragen. Defizite in der Ausgleichskonzeption beruhen vor allem auf der unzureichenden Berücksichtigung der unterschiedlichen Gesundheitszustände von Versicherten derselben Versichertengruppe. Ausschlaggebend ist, dass innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen erhebliche Morbiditätsunterschiede bestehen können, die im Risikostrukturausgleich zurzeit nicht berücksichtigt werden, da für alle Versicherten einer bestimmten Alters- und Geschlechtsgruppe unabhängig von ihrem individuellen Gesundheitszustand gleich hohe standardisierte Leistungsausgaben angerechnet werden. Infolgedessen kann eine Krankenkasse auch unter der Geltung des Risikostrukturausgleichs Beitragssatzvorteile erzielen, wenn sie innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen besonders viele gesunde bzw. wenige kranke, vor allem schwer und chronisch kranke Versicherte aufweist. Umgekehrt erfährt eine Krankenkasse mit einer überdurchschnittlichen Zahl an kranken Versicherten Beitragssatznachteile, wenn diese Versicherten über den Standardausgaben liegende Leistungsausgaben verursachen.

Dies schafft bei den Krankenkassen Anreize, sich zum einen besonders um gesunde Versicherte zu bemühen und zum anderen die Entwicklung gezielter Programme für eine hochwertige und wirtschaftliche Versorgung von Kranken, insbesondere von chronisch Kranken, zu vernachlässigen, um diese Versichertengruppen nicht an sich zu binden. Betreibt eine Krankenkasse aktives Versorgungsmanagement für chronisch Kranke, läuft sie Gefahr, von weiteren Versicherten der jeweiligen Patientengruppen gewählt zu werden. In diesem Fall könnte sich trotz der durch das Versorgungsmanagement erzielten Kostenvorteile ihre Beitragssatzposition verschlechtern, wenn diese durch den Zulauf ungünstiger Risiken überkompensiert würden. Im Rahmen des geltenden Risikostrukturausgleichs handelt eine Krankenkasse daher rational, wenn sie bestrebt ist, für Versicherte, die potentiell überdurchschnittliche Leistungsausgaben verursachen, möglichst wenig attraktiv zu erscheinen. Grundlegende Fehlanreize und Unwirtschaftlichkeiten in der Krankenversorgung sind die Folge.

Diese Fehlanreize können dauerhaft nur durch eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vermieden werden, die ein Interesse der Krankenkassen daran, bestimmte Versicherte nach Möglichkeit nicht in ihrer Versichertengemeinschaft zu haben, ausschließt. Dies setzt voraus, dass ein möglichst direkter Morbiditätsbezug bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben hergestellt wird. Hierdurch können die Nachteile der bisher maßgeblichen indirekten Indikatoren Alter, Geschlecht und Invalidität, die das Morbiditätsrisiko nur verhältnismäßig grob und unzuverlässig abbilden, vermieden werden. Eine Bildung der Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich anhand direkter Morbiditätsindikatoren kann über die Bildung von Gruppenklassifizierungen auf der Grundlage von Diagnosen, Indikationen und medizinischen Leistungen geschehen. Ausschlaggebend für diese Klassifizierung ist die Höhe der auf Grund des Krankheitszustands des Versicherten entstehenden Leistungsausgaben der Krankenkassen.

Durch eine solche Neuorientierung des Risikostrukturausgleichs wird sichergestellt, dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese nicht mehr zwangsläufig mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist. Umgekehrt kann eine Krankenkasse keine Wettbewerbsvorteile mehr dadurch erlangen, dass sie überdurchschnittlich viele gesunde Versicherte in ihrem Bestand hat.

Für die Umstellung auf das neue Risikostrukturausgleichskonzept bedarf es vorheriger Datenerhebungen und Verfahrensbestimmungen. Die Vorschrift regelt daher die Schritte, die hierfür erforderlich sind.

Zu Absatz 1

Satz 1 legt eindeutig und definitiv fest, dass spätestens vom 1. Januar 2007 an die Bildung von Versichertengruppen im

Risikostrukturausgleich auf der Grundlage eines Verfahrens zur direkten Erfassung von Morbiditätsunterschieden und damit verbundenen Unterschieden in den Aufwendungen der Krankenkassen erfolgen soll. Die Vorschrift gibt die mit dieser Weiterentwicklung zu erreichenden Ziele vor und enthält Kriterien für die Berücksichtigung der Morbiditätsmerkmale. Dieser erweiterte Risikostrukturausgleich kann bereits im Jahre 2006 in Kraft treten, sofern dies nach dem Stand der Datenlieferungen und der administrativen Vorbereitungen in den Krankenkassen und im Bundesversicherungsamt möglich ist.

Zu Absatz 2

Die Absätze 2 bis 4 regeln die verfahrensmäßige Umsetzung der in Absatz 1 vorgegebenen Ziele nach den genannten Kriterien. Durch eine vorherige wissenschaftliche Untersuchung sollen die Details einer sachgerechten und zielorientierten Abgrenzung der Versichertengruppen auf der Grundlage einer direkten Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden vorbereitet und die Auswirkungen auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen untersucht werden. Die internationalen Erfahrungen, die insbesondere in den USA und den Niederlanden mit Ausgleichsverfahren auf der Grundlage von Modellen zur direkten Erfassung von Morbiditätsunterschieden vorliegen und noch entstehen werden, sollen dabei berücksichtigt werden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, die notwendigen Datengrundlagen für die Regelung des weiteren Umsetzungsverfahrens und die hierzu vorgesehene wissenschaftliche Untersuchung durch eine Stichprobenerhebung zu schaffen. Vorbild für die Verfahrensvorgaben der Datenerhebung ist § 267 Abs. 7 SGB V.

Für die Ermittlung des Beitragsbedarfs im direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind wie im bisherigen Verfahren die Leistungsausgaben der Krankenkassen zu melden. Da die Versichertengruppen jedoch anhand direkter Morbiditätsindikatoren gebildet werden sollen, setzt die Zuordnung der Ausgaben zur jeweiligen Versichertengruppe voraus, dass diese Ausgaben zu den ebenfalls zu übermittelnden Morbiditätsmerkmalen der Versicherten in Beziehung gesetzt werden können. Die Sicherung des Datenschutzes erfolgt dabei dadurch, dass die von den Krankenkassen erhobenen Daten nur unter Bezug auf ein Pseudonym, d. h. ohne Bezug zu den persönlichen Daten des Versicherten, an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln sind. Eine Wiederherstellung des Versichertenbezugs ist nur unter den gesetzlich vorgegebenen, engen Voraussetzungen möglich. Eine versichertenbezogene Speicherung von übermittelten Daten ist nicht erforderlich.

Durch die Übermittlung der Daten an das Bundesversicherungsamt wird dieses frühzeitig in die Vorbereitung der Einführung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs eingebunden. Dies ist erforderlich, da diese Umstellung des Risikostrukturausgleichs zu einer qualitativen Erweiterung der Aufgaben des Bundesversicherungsamts führen wird. Dies gilt insbesondere für die veränderte Bildung der Versichertengruppen und die entsprechend veränderte Ermittlung des Beitragsbedarfs. Außerdem muss das Bundesversicherungsamt vom Jahr 2005 an neben seiner Aufgabe der Durchführung des Risikostrukturausgleichs in seiner bisherigen Ausgestaltung auch die Einführung des Abschlagsverfahrens im direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vorbereiten. Dies wird einen größeren Personalmehrbedarf beim Bundesversicherungsamt zur Folge haben.

Zu Absatz 4

Die Umsetzung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bleibt einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2003 vorbehalten, in dem die mit der Umstellung des Risikostrukturausgleichs auf eine direkte Morbiditätsorientierung zusammenhängenden Fragen umfassend zu regeln sind.

Zu § 269

Mit der Vorschrift wird ein neues Ausgleichsverfahren zwischen den Krankenkassen und Kassenarten – der Risikopool – eingeführt, mit dem der Risikostrukturausgleich ergänzt werden soll. Ziel ist die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen von Krankenkassen, die auf Grund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen und im derzeitigen Risikostrukturausgleich nicht hinreichend berücksichtigt werden. Der Risikopool stellt eine sachgerechte Übergangslösung zur Begrenzung der Wettbewerbsverwerfungen in der gesetzlichen Krankenversicherung dar, die es ermöglicht, die Zeit bis zur Umsetzung der konzeptionellen Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (§ 268 SGB V) zu überbrücken.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt den Beginn des Ausgleichsverfahrens und bestimmt die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben, die künftig solidarisch von allen Krankenkassen gemeinsam zu finanzieren sind. Das Inkrafttreten zum 1. Januar 2003 trägt dem für die Umsetzung notwendigen Zeitbedarf Rechnung. Teilweise ausgeglichen werden dabei die Aufwendungen für einzelne Versicherte in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) einschließlich der Aufwendungen für Krankenhausbehandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach §§ 24a und 24b SGB V, stationäre Entbindung nach § 197 RVO, Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen (§ 39a Satz 3 SGB V) und für stationäre Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V), Arznei- und Verbandmittel (§ 31 SGB V), Krankengeld (§§ 44, 45 SGB V), Sterbegeld (§§ 58, 59 SGB V) und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse (§ 85 Abs. 3a Satz 4, § 126 Abs. 5 SGB V). Die Auswahl folgt weitgehend der Berücksichtigung der Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich in den drei Hauptleistungsbereichen Krankenhaus, Apotheken und Krankengeld gemäß der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V. Erfasst werden damit diejenigen Leistungsarten, die auf Grund ihrer finanziellen Bedeutung zu erheblichen, beitragssatzrelevanten Belastungsunterschieden von Krankenkassen führen können. Zugleich stehen in diesen Leistungsarten grundsätzlich bereits die notwendigen Daten zur Verfügung, so dass eine wesentliche fachliche und verwaltungstechnische Voraussetzung für die

Umsetzung des Ausgleichs gegeben ist. Ausgleichsfähig sind dabei nur 60 % der die Grenze von 20 450 Euro (rund 40 000 DM) pro Jahr übersteigenden Ausgaben je Versicherten. Dieser Schwellenwert wird als dynamisierte Größe festgesetzt, die jährlich an die Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV angepasst wird.

Durch die Festsetzung dieses Schwellenwertes und der weiteren Begrenzung des Ausgleichs auf 60 % des diese Ausgabengrenze übersteigenden Betrags werden Anreize zur Wirtschaftlichkeit gestärkt und Nachteile verhindert, die mit einem reinen Ausgabenausgleich verbunden wären. Schwellenwert und prozentuale Eigenbeteiligung bewirken, dass der durchschnittliche Eigenanteil der Krankenkasse je Ausgleichsfall – bezogen auf die Ausgaben des Jahres 1999 – bei ca. drei Vierteln der genannten Ausgaben für die betroffenen Versicherten liegt. Die Höhe der Ausgabengrenze und der prozentualen Selbstbeteiligung der Krankenkasse trägt jedoch auch dem Anliegen Rechnung, besondere Belastungen von Krankenkassen beitragssatzwirksam auszugleichen. Auf der Grundlage der Werte von 1999 wurden die hypothetischen Ent- und Belastungen für die Krankenkassen im Haushaltsjahr 1999 vom Bundesversicherungsamt unter Mitwirkung der Krankenkassen und des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung geschätzt. Dabei waren sowohl die finanziellen Wirkungen des Ausgleichs im Risikopool als auch die gleichzeitigen Wirkungen einer entsprechenden Bereinigung der Standardausgaben im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen. Kassenartenbezogen wurde dabei eine Entlastung der Ortskrankenkassen um rund 0,05 Beitragssatzpunkte, eine Belastung der Bundesknappschaft um 0,06 und der Innungskrankenkassen um 0,12 Beitragssatzpunkte ermittelt. Für die Ersatzkassen lag die Auswertung von nur einer großen Krankenkasse vor, für die das Ergebnis Belastungsneutralität ausweist. Für die Betriebskrankenkassen wurde das Ergebnis von ihrem Bundesverband auf der Grundlage eines Simulationsmodells für das Jahr 1999 auf eine Belastung in Höhe von 0,04 Beitragssatzpunkten geschätzt.

Unterschiede in der Finanzkraft der Krankenkassen werden in gleicher Weise wie im Risikostrukturausgleich ausgeglichen. Die Festsetzung eines gesonderten Ausgleichsbedarfssatzes für die Bestimmung der Finanzkraft zur Finanzierung des Risikopools ist aus Gründen der Transparenz und der Rechtsklarheit geboten. Da die Summe aller Beitragsbedarfe der Krankenkassen im Risikostrukturausgleich entsprechend der Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool verringert wird, entspricht die Summe beider Ausgleichsbedarfssätze dem bisherigen Ausgleichsbedarfssatz im Risikostrukturausgleich.

Zu Absatz 2

Das Verfahren des Ausgleichs entspricht weitgehend der im Risikostrukturausgleich praktizierten Verfahrensweise. Die Durchführung des Risikopools obliegt dem Bundesversicherungsamt, das hierfür sowie für die Prüfung der im Risikopool gemeldeten Leistungsausgaben das entsprechende Personal bereitzustellen hat. Die stufenweise Durchführung mit einem monatlichen Abschlagsverfahren auf der Grundlage vorläufiger Werte und einem abschließenden Jahresausgleich hat sich im Risikostrukturausgleich bewährt und ist deshalb auch im Risikopool vorgesehen. Die Orientierung der monatlichen Abschläge an den Vorjahreswerten erleichtert die Durchführung des Abschlagsverfahrens.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt den Datenfluss der für die Durchführung des Risikopools notwendigen Daten. Gegenstand dieser Datenübermittlungsvorgänge sind die Summen der im Risikopool berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Krankenkassen, d. h. ausschließlich die Geldbeträge, mit denen die Krankenkassen auf Grund der Inanspruchnahme von Leistungen in den betroffenen Leistungsbereichen belastet sind. Daten mit medizinischen Inhalten, insbesondere personenbezogene Behandlungsdaten, dürfen für die Durchführung des Risikopools dagegen weder erhoben, verarbeitet noch gespeichert werden. Die für die Durchführung des Risikopools erforderlichen Daten liegen den Krankenkassen bereits zurzeit versichertenbezogen vor mit Ausnahme der Ausgaben für nichtärztliche Dialyseleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Für die Feststellung, ob der Schwellenwert im Einzelfall überschritten wird, bilden die Krankenkassen je Versicherten die Summe aus diesen ihnen vorliegenden Daten zuzüglich der Leistungsausgaben für ambulante nichtärztliche Dialyse, die ihnen ausschließlich für diesen Zweck von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden. Unmittelbar nach dieser Feststellung werden die je Versicherten gebildeten Summen gelöscht, wenn der Schwellenwert nicht überschritten wird. Bei Überschreitung des Schwellenwertes werden die Ausgabendaten unter einem Pseudonym, d. h. ohne Bezug zu den persönlichen Daten des einzelnen Versicherten, weiter bearbeitet. Eine Speicherung der zusammengeführten Leistungsausgaben im Sinne eines Versichertenkontos ist für die Durchführung des Risikopools weder erforderlich noch zulässig. Ebenso ist keine Weiterleitung von auf den einzelnen Versicherten bezogenen Ausgabendaten an die Spitzenverbände oder das Bundesversicherungsamt erforderlich. Zur Durchführung des Risikopools reicht vielmehr der Bezug der Ausgabendaten auf ein Pseudonym. Eine Reidentifikation ist nur für Zwecke der Prüfung und der Durchführung nachträglicher Korrekturen erforderlich und zulässig. Durch die Pseudonymisierung der erhobenen Daten und die enge Begrenzung zulässiger Reidentifikationstatbestände wird dem Datenschutz der Versicherten Rechnung getragen.

Zu Absatz 4 und 5

Die Vorschriften sind weitgehend der für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs bereits geltenden Verordnungskompetenz (§ 266 Abs. 7 SGB V) und den für Datenabgrenzungen und die Regelung technischer Details der Datenlieferungen geltenden Vertragskompetenzen der betroffenen Verbände (§ 267 Abs. 7 SGB V) nachgebildet. Sie sind zur Bestimmung der Einzelheiten der Datenlieferungen, der Berechnungs- und Verfahrensvorgaben und des Verfahrens zur Durchführung des Risikopools im Jahresausgleich und im monatlichen Verfahren erforderlich. Außerdem erhält der Verordnungsgeber die Befugnis, Einzelheiten über die Prüfung der von den Krankenkassen zu meldenden Daten zu regeln. Hierdurch soll die Qualität der den Berechnungen im Risikopool zu Grunde gelegten Daten weiter verbessert werden. Diesem Ziel dient auch die Ermächtigung, die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten zu regeln.

Zu Absatz 6

Der Risikopool soll die Übergangszeit bis zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (vgl. § 268 SGB V) überbrücken helfen. Die Vorschrift regelt die zeitliche Begrenzung des Risikopools. Sie sieht vor, dass der Risikopool spätestens im Jahr 2007 durch einen Hochrisikopool abgelöst wird, der mit erhöhten Schwellenwerten den Ausgleich besonders schwer wiegender Belastungen von Krankenkassen durch einzelne Versicherte sicherstellen und den weiterentwickelten Risikostrukturausgleich flankieren soll. Die Einzelheiten der Ausgestaltung des Hochrisikopools werden in dem im Jahre 2003 vorzubereitenden Gesetz geregelt (vgl. § 268 Abs. 4 SGB V). Im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens werden auch datenschutzrechtliche Fragen im Hinblick auf die Möglichkeiten einer Pseudonymisierung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben erneut zu prüfen sein.

Zu Nummer 5 (§ 284)

Die Erhebungs- und Speicherungsbefugnis von Sozialdaten durch die Krankenkassen wird um die Zwecke der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (vgl. auch § 267 SGB V), der zugelassenen Disease-Management-Programme (§ 137g) und des Risikopools (§ 269 SGB V) erweitert. In dem Risikopool sollen zukünftig insbesondere nichtärztliche Dialyseleistungen versichertenbezogen berücksichtigt werden, die innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden.

Zu Nummer 6 (§ 291)

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Bildung von Versichertengruppen für in Disease-Management-Programme eingeschriebene chronisch kranke Versicherte nach §§ 137f und 137g in Verbindung mit § 267 Abs. 2. Um datenschutzrechtlichen Anforderungen Rechnung zu tragen, erhält ein chronisch kranker Versicherter, der sich in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben hat, eine neue Krankenversichertenkarte, die im Statusfeld um ein Merkmal für „chronisch Kranke“ ergänzt werden darf und zwar in einer „nicht-sprechenden“ Form, z. B. durch Buchstaben. Kryptographische Verschlüsselungsverfahren sind nicht vorgesehen.

Zu Nummer 7 (§ 295)

Nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, werden bereits nach geltendem Recht von den Leistungserbringern auf der Grundlage von § 302 SGB V den Krankenkassen versichertenbezogen übermittelt. Die Ergänzung in § 295 Abs. 2 SGB V ist erforderlich um zu gewährleisten, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig die in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten und abgerechneten nichtärztlichen Dialyseleistungen den Krankenkassen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, für jedes Quartal versichertenbezogen übermitteln. Außerdem haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die für die Durchführung der Programme nach § 137g SGB V erforderlichen Daten versichertenbezogen zu übermitteln, soweit diese in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegt sind. Die zukünftig versichertenbezogen zu übermittelnden Angaben sind auf den für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs, der Programme nach § 137g SGB V und des Risikopools erforderlichen Umfang beschränkt. Näheres zur Erfüllung der sich aus der Neuregelung ergebenden Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Vereinbarungen nach Absatz 3.

Zu Artikel 2 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 4 RSAV)

Die Vorschrift stellt sicher, dass Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt werden.

Zu Nummer 2 (§ 7 RSAV)

Die Vorschrift stellt sicher, dass die monatlichen Abschlagszahlungen im Risikopool nach § 28a Abs. 5 und 6 bei der Ermittlung der vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Zu Nummer 3 (§ 14 RSAV)

Die Vorschrift stellt klar, dass die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auch den Zahlungsverkehr im Ausgleichsverfahren des Risikopools abwickelt.

Zu Nummer 4 (§ 28a RSAV)

Mit der Vorschrift werden die Berechnungs- und Verfahrensvorgaben zur Umsetzung des Risikopools auf der Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 269 Abs. 4 SGB V geregelt und die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben abgegrenzt. Das Verfahren der Durchführung orientiert sich an der seit 1994 praktizierten Verfahrensweise des Risikostrukturausgleichs. Dies gilt vor allem für die Ermittlung der zur Finanzierung des Risikopools erforderlichen Finanzkraft, die sich von der im Risikostrukturausgleich nicht unterscheidet. Ebenso gilt dies für die Durchführung des Verfahrens, die weiterhin dem Bundesversicherungsamt und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte obliegt. Die Abweichungen zum Verfahren des Risikostrukturausgleichs beschränken sich insbesondere auf die Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben, die nur einen Teil der gesamten Leistungsausgaben betreffen. Darüber hinaus ist die Ausgleichsfähigkeit auf einen Teil der zu berücksichtigenden Leistungsarten oberhalb des vorgegebenen Schwellenwertes und eines prozentualen Selbstbehalts der Krankenkasse begrenzt.

Die notwendigen Daten stehen den Krankenkassen – mit Ausnahme der Daten im Dialysebereich – bereits zur Verfügung, weil sie auch im Risikostrukturausgleich im Wege der vollständigen, nicht auf Stichproben begrenzten Erhebung zu Grunde gelegt werden. Unterschiedlich zum Risikostrukturausgleich ist die Abgrenzung des Datensatzes, der aus Gründen des Datenschutzes auf Pseudonyme bezogen wird.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift bestimmt im Einzelnen die nach § 269 Abs. 1 SGB V im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben. Die in Satz 1 genannten Ausgaben umfassen von den im Risikostrukturausgleich nach § 266 Abs. 3 und 4 SGB V berücksichtigungsfähigen Leistungsarten die folgenden Kontengruppen/-arten: 460 (Krankenhausbehandlung); 531 (Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch im Krankenhaus), 537 (Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 GSG); 552 (Stationäre Entbindung), 559 (Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 GSG); 594 (Zuschüsse zu stationären Hospizen, Regelleistung); 464, 465 (Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussrehabilitation), 469 (Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 GSG); 430 (Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken, vertragsärztliche Versorgung), 434 (Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken, ohne vertragsärztliche Versorgung), 436 (Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen, nur vertragsärztliche Versorgung), 437 (Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen, ohne vertragsärztliche Versorgung), 532 (Arznei-, Verband- und Heilmittel im Zusammenhang mit Empfängnisverhütung); 448 (Sachleistungen bei Dialyse); 47 (Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld); 58 (Sterbegeld).

Nach Satz 2 gehören von Dritten erstattete Ausgaben nicht zu den ausgleichsfähigen Ausgaben.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt den Zeitpunkt der Festlegung des Schwellenwertes nach § 269 Abs. 1 Satz 3 SGB V durch das Bundesversicherungsamt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Abgrenzung der für den Risikopool notwendigen Daten, das Verfahren der Datenerhebung, -prüfung und -übermittlung. Das Verfahren folgt weitgehend der im Risikostrukturausgleich bereits seit Jahren praktizierten Verfahrensweise. Soweit auf den einzelnen Versicherten bezogene Verknüpfungen der Leistungsdaten erforderlich sind, werden diese aus Gründen des Schutzes der Sozialdaten auf den datentechnischen Berechnungsvorgang zur Ermittlung einer Schwellenwertüberschreitung begrenzt. Die Weiterverarbeitung und Weiterleitung der Daten erfolgt ohne unmittelbaren Bezug zum Versicherten über ein Pseudonym. Die Übermittlung der Daten über die Spitzenverbände der Krankenkassen, die abgestimmte Plausibilitätsprüfungen vornehmen, entspricht der Verfahrensweise im Risikostrukturausgleich (vgl. § 3 Abs. 4 und § 5 Abs. 4 RSAV).

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die Vorgaben zur Berechnung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen, die weitgehend den Vorgaben im Risikostrukturausgleich entsprechen. Anstelle des Beitragsbedarfs (Risikostrukturausgleich) tritt im Risikopool die Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben einer Krankenkasse. Ist ihre für den Risikopool ermittelte Finanzkraft höher, hat die Krankenkasse in Höhe der Differenz eine Ausgleichsverpflichtung; ist die Finanzkraft niedriger, hat die Krankenkasse einen entsprechenden Ausgleichsanspruch. Aus Gründen der Transparenz und Rechtsklarheit soll der Ausgleichsanspruch bzw. die Ausgleichsverpflichtung rechtstechnisch getrennt vom Risikostrukturausgleich, also in gesonderten Bescheiden der Behörde, festgesetzt werden. Die Zahlungen für beide Ausgleichsverfahren erfolgen zeitlich abgestimmt.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift regelt das Verfahren der monatlichen Abschläge nach den Vorgaben in § 269 Abs. 2 SGB V. Das Verfahren entspricht weitgehend der im Risikostrukturausgleich praktizierten Verfahrensweise.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift regelt das Übergangsverfahren der monatlichen Abschläge für die Jahre 2003 und 2004. Da in diesen Jahren noch keine Informationen über vorherige Ausgleiche im Risikopool zur Verfügung stehen, sind von den Krankenkassen die erforderlichen Daten bereits für das Jahr 2002 zu erheben und zu übermitteln. Auf dieser Grundlage ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben. Wegen der erheblichen finanziellen Bedeutung des Risikopools für einzelne Krankenkassen kann auf das Abschlagsverfahren in den Jahren 2003 und 2004 nicht verzichtet werden.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift regelt das Verfahren des Jahresausgleichs. Es entspricht dem im Risikostrukturausgleich praktizierten Verfahren.

Zu Artikel 3 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ermöglicht, künftige Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, auch soweit Teile betroffen sind, die durch dieses Gesetz geändert wurden, einheitlich im Verordnungswege durchzuführen.

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Die Regelungen dieses Gesetzes sollen am 1. Januar 2002 in Kraft treten.

C. Finanzielle Auswirkungen

1. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Die Maßnahmen dieses Gesetzes dienen dem Ziel, faire Wettbewerbschancen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen und die Voraussetzungen für einen auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Kassenwettbewerb dauerhaft zu sichern. Die Umsetzung der langfristigen Regelungen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs verhindert, dass Krankenkassen mit einer überdurchschnittlichen Morbiditätsbelastung einen höheren Beitragssatz zur Finanzierung dieser Mehrbelastung erheben müssen als gleichermaßen wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen mit einer günstigeren Versichertenstruktur. Sie stellt sicher, dass der Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht

erfolgreiche Strategien der Risikoselektion belohnt, sondern zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung führt. Damit führen die mittelfristige Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ebenso wie die zwischenzeitlich eingesetzten kurzfristigen Maßnahmen nicht nur zu mehr Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie schaffen zugleich die notwendigen Anreize, durch eine Verbesserung der Versorgungsstruktur und des Versorgungsmanagements insbesondere für chronisch kranke Versicherte bestehende aufwändige Fehlversorgungen zu reduzieren und Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die die gesetzliche Krankenversicherung finanziell entlasten.

Die gezielte Förderung von Disease-Management-Programmen und die Berücksichtigung erhöhter standardisierter Leistungsausgaben im RSA für Versicherte, die in zugelassenen Programmen eingeschrieben sind, führt ab dem Jahr 2002 zu einer finanziellen Entlastung von Krankenkassen, die entsprechende Angebote bereitstellen und einen hohen Anteil chronisch kranker Personen in ihrem Versichertenbestand haben, die sich in die angebotenen Programme einschreiben.

Die Einführung eines Risikopools ab dem Jahr 2003 führt tendenziell zu einer finanziellen Entlastung von Krankenkassen mit einem vergleichsweise hohen Anteil von Versicherten, deren Aufwendungen in den berücksichtigungsfähigen, kostenintensiven Leistungsbereichen den Schwellenwert von 20 450 Euro (ca. 40 000 DM) überschreitet. Durch die Einführung eines Eigenanteils von 40 % der den Schwellenwert übersteigenden Aufwendungen bleiben die Anreize zur Vermeidung medizinisch nicht erforderlicher und unwirtschaftlicher Ausgaben für die einzelne Krankenkasse bestehen.

Die veränderten Be- und Entlastungen der Krankenkassen durch die Neuregelung zum Risikopool einerseits und die Berücksichtigung bestimmter chronisch kranker Versicherter im Risikostrukturausgleich andererseits gleichen sich aus und sind damit für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt finanzneutral.

Eng begrenzte Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich durch erhöhte Personal- und Sachmittelausstattung der Prüfdienste des Bundesversicherungsamts und der Prüfdienste der Länder, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind, sowie durch kostendeckende Gebühren, die für die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Versicherte zu entrichten sind.

2. Finanzielle Auswirkungen für Bund und Länder

Für den Bund ergeben sich durch dieses Gesetz Mehraufwendungen für die Bereitstellung zusätzlicher Personal- und Sachmittel aus erweiterten Aufgaben des Bundesversicherungsamts. Der zusätzliche Mittelbedarf wird, soweit er weder durch eine Umlage noch durch Gebühren der Krankenkassen zu finanzieren ist, durch Einsparungen des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gegenüber dem Regierungsentwurf des Bundeshaushalts für das Jahr 2002 und dem Finanzplan bis zum Jahr 2005 erbracht.

Im Übrigen entstehen für Bund, Länder und Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

3. Sonstige finanzielle Auswirkungen

Für die Wirtschaft und die mittelständischen Unternehmen ergeben sich insgesamt keine Mehrbelastungen.

D. Preiswirkungsklausel

Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind durch dieses Gesetz nicht zu erwarten.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333